Ein Fall von Sturzgeburt und seine forensische Bedeutung.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Hans Hauer,
approb. Arzt aus München.

München 1907.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Ein Fall von Sturzgeburt und seine forensische Bedeutung.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Hans Hauer,
approb. Arzt aus München.

ACAD. LUDW. BAT. BIBL.

München 1907.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Gedruckt mit Genehmigung der medizin. Fakultät der Universität München.

Referent: Herr Prof. Dr. Döderlein.

Am 16. X. 1907 wurde die 24jährige Küchenmagd K. K. morgens gegen 7 Uhr durch die Sanitätskolonne in die Münchener Frauenklinik eingeliefert, nachdem sie kurz vorher ein Kind geboren hatte, das aber bald nach der Aufnahme in die Anstalt starb.

Die K. K. machte nach ihrer Einlieferung folgende Angaben: Sie hat die ganze Nacht gut geschlafen. Um 6 Uhr morgens ist sie erwacht und bald darauf aufgestanden. Während des Waschens verspürte sie ein etwas schmerzhaftes Drängen im kleinen Becken, das sie für Stuhldrang hielt. Sie kleidete sich notdürftig an und wollte nun auf den Abort gehen, um ihre vermeintliche Notdurft zu verrichten. Kaum hatte sie das Zimmer verlassen, da empfand sie plötzlich einen überaus heftigen Schmerz, tat einen lauten Schrei, und blieb stehen. Im selben Augenblicke schoss das Kind aus den Genitalien hervor und stürzte vor ihr auf den Boden. Während dieses Vorgangs war sie vollständig aufrecht gestanden, ohne sich irgendwo anzulehnen oder zu stützen. Sie sah das Kind noch am Boden liegen, konnte auch noch um Hilfe rufen, dann aber wurde sie ohnmächtig. Auf ihren Hilferuf eilten zwei Dienstmädchen herbei und brachten sie und das Kind zu Bette, wo die Mutter rasch wieder zu sich kam. Nach etwa zehn Minuten kam die von dem Vorfall benachrichtigte Sanitätskolonne und fand das Kind im Arme der Mutter mit abgerissenem, nicht unterbundenem Nabelschnurrest. Die Unterbindung wurde rasch gemacht und dann Mutter und Kind in die Klinik gebracht, wo die Expressio placentae (Credé) gemacht wurde. Das Kind starb nach ganz kurzer Zeit.

Die Anamnese ergibt folgendes: Der Vater der K. K. lebt nicht mehr; Todesursache unbekannt. Die Mutter und drei Geschwister leben und sind gesund. Drei Geschwister starben im frühen Kindesalter, eine Schwester starb im Wochenbett.

Die K. K. war nie krank. Dagegen gibt sie an, dass sie schon als Kind, als sie zu laufen begann, wiederholt bewusstlos zu Boden stürzte, so dass sie von der Strasse weggeholt werden musste. Dabei musste ihr stets der krampfhaft geschlossene Mund mit einem Schlüssel geöffnet werden. Diese Anfälle wiederholten sich auch in ihrem späteren Leben. Seit ihrem 15. Lebensjahr jedoch, in welchem sie zum erstenmal die Periode hatte, stellte sich kein derartiger Anfall mehr ein. Die Periode wiederholte sich regelmässig alle drei Wochen. Die K. K. ist II para. Die erste Schwangerschaft, sowie Geburt und Wochenbett verliefen ohne jede Störung. Das Kind lebt und ist gesund. Auch die zweite Schwangerschaft nahm einen normalen Verlauf.

Aufgabe der nun folgenden Abhandlung soll es sein, darzutun, ob eine Geburt in der Weise, wie sie von der K. K. geschildert wird, verlaufen kann und ob der Mutter ein beabsichtigtes oder fahrlässiges Verschulden an dem Tode des Kindes zur Last gelegt werden kann.

Von den meisten Personen, die des Kindsmordes angeklagt sind, wird vorgebracht, dass sie von der Geburt überrascht worden seien, dass das Kind aus den Geschlechtsteilen hervorgestürzt sei und dass sie wegen Ohnmacht nicht imstande gewesen seien, dem Kinde nach der Geburt die nötige Hilfe zu leisten. Dass gerade dieser Einwand so häufig gemacht wird, darf durchaus nicht auffallen. Denn die Häufigkeit der Sturzgeburten, d. h. jener Geburten, bei denen die Gebärenden in ungewöhnlicher Haltung und Lage ausserhalb des Bettes und ohne die Möglichkeit der Bei-

ziehung einer sachkundigen Hilfe von dem Austritt des Kindes überrascht werden, wird gegenwärtig von den Geburtshelfern und Gerichtsärzten allgemein zugegeben. Zwar haben die älteren Ärzte die Möglichkeit einer Sturzgeburt immer wieder angezweifelt, bis insbesondere Klein, um über diese Zweifel ins Reine zu kommen, im Jahre 1813 die Regierung von Württemberg bewog, im ganzen Reiche an die Medizinalpersonen eine Anfrage zu richten, ob ihnen bei unverdächtigen Personen Fälle von Geburten im Stehen oder Sitzen vorgekommen seien. Auf dieses Reskript wurden 183 Fälle erwiesener Sturzgeburt berichtet, von denen 155 im Stehen, 22 im Sitzen und 6 im Knieen verliefen. Ebenso haben Cohen van Baren und Schütz eine beträchtliche Anzahl von solchen Fällen zusammengestellt. In neuerer Zeit ist die Zahl jener Fälle, in denen die Gebärenden zweifellos und unter unverdächtigen Umständen auf dem Abort, auf der Strasse, in Droschken, im Wagen der Sanitätsgesellschaft etc. von der Geburt überrascht worden sind, immer grösser geworden.

Die Untersuchungen einer Anzahl von Autoren, wie v. Winckel, Hugenberger (Petersburg), Mathaei (Marburg), Koch (Stuttgart) u. a. haben ergeben, dass selbst in Kliniken auf 100 Geburten eine Sturzgeburt kommt. Aus den Aufzeichnungen von v. Winckel geht ausserdem hervor, dass nicht allein Mehr- und Vielgebärende, sondern auch Erstgebärende von der Geburt überrascht werden können und dass darunter auch verheiratete Frauen sich finden, also Personen, die doch sicher kein Interesse haben, Schwangerschaft und Geburt zu verheimlichen. Einen sehr interessanten Fall erzählt Dr. Knepper in der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin vom Oktober 1899, nämlich eine Sturzgeburt bei einer 43jährigen Erstgebärenden. Bekanntlich dauern die ersten Geburten bei Frauen, die über 30 Jahre

alt sind, in der Regel viele Stunden, ja oftmals tagelang. Die 43jährige Primipara, eine Bahnarbeitersfrau, die denn auch von ihren Nachbarinnen durchaus nicht im unklaren darüber gelassen worden war, dass eine erste Geburt in ihrem Alter äusserst lange dauernd und für Mutter und Kind im höchsten Grade lebensgefährlich sei, sah ebenso wie der Gatte ihrer Niederkunft mit grosser Sorge entgegen. Sie konsultierte mehrfach die Hebamme und bat sie um genaue Auskunft über alle ihr wichtig erscheinenden Punkte, insbesondere über die Anzeichen, die den Beginn des Geburtsaktes andeuten, sowie über die notwendigen Verhaltungsmassregeln. Peinlich beobachtete die Schwangere alle Vorgänge an ihrem Körper. Der von der Hebamme als wahrscheinlich berechnete Zeitpunkt war bereits seit zehn Tagen verstrichen, allein nichts schien zu ihrer grossen Unruhe den Beginn der Wehen anzukündigen. Am Abend des Tages, an welchem die Geburt erfolgte, verspürte sie geringen Schmerz im Unterleibe und empfand gleich darauf starken Stuhldrang. Sie stellte rasch das Nachtgeschirr auf ein Stuhlbänkchen, um die vermeintliche Notdurft zu verrichten, und war gerade im Begriffe, sich niederzusetzen, als unter mässig schneidendem Schmerz im Unterleib plötzlich mit dem Kopfe voran ein lebendes Kind von ihr in das Geschirr hineinschoss. Trotz aller Sorgfalt also konnte weder sie noch ihr ebenso besorgter Gatte etwas von dem Beginne der Geburt merken und beide konnten es nicht verhindern, dass die Ausstossung des Kindes in einer für letzteres gewiss nicht günstigen Stellung stattfand.

Dr. Pullmann in Offenbach a. M. berichtet in der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin vom April 1891 über eine präzipitierte Geburt mit Kindessturz, wobei die Unbefangenheit und Überraschung der Mutter, ihre Ratlosigkeit und Hilflosigkeit im kritischen Momente vollständig einwand-

frei erwiesen ist. Eine 23jährige, in den besten Verhältnissen lebende Beamtensgattin erwartete mit Sehnsucht das Kind, alles war zu seiner Aufnahme vorbereitet und trotzdem wurde sie von der Geburt überrascht, so dass das Kind in den Nachttopf geboren wurde und sicherlich zu Grunde gegangen wäre, wenn nicht rechtzeitig noch Hilfe gekommen wäre.

Aus dem bisher Gesagten geht also hervor, dass nicht bloss die Möglichkeit besteht, dass Kreissende von der Geburt überrascht werden, sondern es ist heutzutage eine unbestrittene Tatsache, dass derartige Geburten durchaus nicht zu den aussergewöhnlichsten Seltenheiten gehören. Wir können also auch an der Behauptung der K. K., sie sei von der Geburt überrascht worden, nichts Besonderes, geschweige denn etwas Unmögliches finden.

Eine weitere, sehr wichtige Frage ist nun die, ob, wie es auch in unserem Falle gewesen sein soll, eine Geburt im Stehen erfolgen kann.

Die Ergebnisse der Untersuchungen über die Haltung der Gebärenden bei Sturzgeburten zeigen uns, dass solche Geburten in jeder Haltung der Kreissenden vorkommen können, dass sie aber weitaus am meisten gerade im Stehen erfolgen. Diese Erkenntnis hat denn auch zu einer gerechteren Beurteilung der Sturzgeburten geführt, was vor allem für jene forensischen Fälle sehr wichtig ist, in denen es sich um schwere Verletzungen oder gar um den Tod des Kindes handelt. Da hat man ja früher regelmässig ein Verbrechen angenommen und manch unschuldige Mutter nach den Blutgesetzen vergangener Zeiten einfach zum Tode verurteilt.

Die Möglichkeit einer Geburt im Stehen wurde zwar noch um die Mitte des 19. Jahrhunderts und noch dazu von einem hochangesehenen und als Autorität anerkannten Ge-

burtshelfer, nämlich von Hohl, allen Ernstes geleugnet, ja er ging sogar so weit, die Angabe einer Wöchnerin, sie habe im Stehen geboren, rundweg als eine Lüge zu bezeichnen. Hohl hat in seiner Entbindungsanstalt Versuche angestellt, indem er Kreissenden, die vollständig im Stehen niederkämen, eine Geldbelohnung aussetzte. Es fand sich aber nur eine einzige, die sich den ausgesetzten Preis verdienen konnte, nur eine wurde seiner Forderung gerecht und hielt sich bis zum völligen Austritt des Kindes in stehender Haltung, ohne sich irgendwie anzulehnen. Aus diesem bis auf den einzigen Fall negativen Ergebnis seines Experimentes schloss nun Hohl, dass bei Personen, die nicht einem solchen durch Geldversprechung auferlegten Zwange unterworfen sind, sondern die ihren freien Willen betätigen können, eine Sturzgeburt im Stehen nicht vorkommen kann. Er sagt, eine heimlich Gebärende z. B. habe gar keinen Grund, sich dieser Qual zu unterziehen; es bleibe immer noch Zeit, sich zu legen oder zu kauern und niemand habe eine Geburt beobachtet, bei der die Kreissende in gerader Stellung beharrlich und ohne jede Stütze freiwillig geblieben sei. Hohl steht mit dieser Ansicht vereinzelt da. Zunächst kommt es ja nicht so sehr darauf an, ob die Stellung eine vollständig freie war, da es an den Folgen wenig ändern wird, wenn die Kreissende irgend einen Gegenstand zu ihrer Stütze fasst, sich an die Wand lehnt oder leicht nach vorne beugt. Dadurch wird die Entfernung der Geschlechtsteile vom Boden jedenfalls nicht um so viel geringer, dass die Folgen der Sturzgeburt wesentlich abgeschwächt würden.

Hohls Ansicht war überhaupt unrichtig; denn Klein hat schon festgestellt, dass unter 283 präzipitierten Geburten 134 im Stehen erfolgten; bei Cohen van Baren finden wir unter 100 präzipitierten Geburten 33 im Stehen erfolgte verzeichnet. Ein ähnliches Zahlenverhältnis zeigen die Zu-

sammenstellungen von Schütz, Reinhard, Moser, Hellhacke und Bayer. Ausserdem wird Hohl durch unzweifelhafte und unbestreitbare Beobachtungen widerlegt. So hat Klusemann mehrere vollständig einwandfreie Fälle mitgeteilt, wo sich bei verheirateten Frauen Sturzgeburten im Stehen ereigneten. Die interessanteste seiner Mitteilungen ist wohl die, dass eine Frau regelmässig im Stehen gebar. Dabei war sie nur leicht vornüber gebeugt und die Hebamme musste, vor ihr knieend, das Kind in Empfang nehmen. So vollendete sie jede Geburt, weil ihr eben diese Stellung die bequemste war. Dr. Dorien berichtet in Caspers Vierteljahrsschrift über zwei von ihm selbst direkt beobachtete Fälle, wo die Geburt im Stehen erfolgte. Casper führt einen Fall an, in dem ein Dienstmädchen angesichts ihrer Herrin auf der Strasse von der Geburt überrascht wurde. Da es weder Zeit noch die Absicht hatte, sich zu legen, fiel das Kind auf den hart gefrorenen Schnee und starb bald darauf. Er selbst hat gesehen, wie eine Schwangere, die Aufnahme in der Entbindungsanstalt suchte, im Vorflur von ihrem Kinde entbunden wurde. Sie stellte sich breitbeinig mit dem Rücken gegen die Tür und das Kind stürzte auf den mit Granit gepflasterten Boden.

Hoffmann, Olshausen, Reinhard u. a. teilen ähnliche Fälle mit.

Wie viele Mütter, die durch Beschäftigung ausser dem Hause zum Lebensunterhalt der Familie mit beitragen müssen, halten sich bei ihrer Arbeit aufrecht, bis die stärker und heftiger werdenden Wehen sie daran gemahnen, dass ihre Niederkunft ganz nahe bevorsteht. Und ist dann der Weg nach Hause oder zur Klinik weit, so wird, noch ehe die Mutter ihr Ziel erreicht hat, das Kind schon auf der Strasse oder in einem Winkel, den sie rasch aufgesucht hat, überraschend schnell geboren, wobei die Mutter in der Regel

in aufrechter Stellung verharrt. Noch viel mehr und leichter wird man die Möglichkeit des Gebärens im Stehen zugeben müssen bei jenen Personen, die das Bestreben haben, heimlich zu entbinden.

Es handelt sich da meist um unehelich Geschwängerte, die aus Furcht, von den Eltern gezüchtigt oder aus der Familie ausgestossen zu werden, aus Angst, ihre Brotstelle zu verlieren, auch im Gedanken an die öffentliche Schande ihre Schwangerschaft so lange als möglich verbergen, dann plötzlich, oft in den unangenehmsten Situationen, bei der Arbeit, in Gegenwart anderer, die ersten Symptome der Geburt fühlen, diese entweder falsch deuten oder aber sie mit Anstrengung aller Willenskraft unterdrücken, bis sie sich an einen einsamen Ort im letzten Moment flüchten, wo sie dann in ihrer ängstlichen Unruhe und heftigen Gemütsbewegung verlassen und ohne Aussicht auf Hilfe keine ruhige Lage oder bequeme Stellung einnehmen, sondern einfach, nach der nächsten besten Stütze greifend, die Geburt im Stehen vollenden.

Die Möglichkeit des Gebärens im Stehen ist also durch die Erfahrungen und Beobachtungen der hervorragendsten Gerichts- und Geburtsärzte unzweifelhaft erwiesen. Mithin wäre es ungerecht, wenn wir, was ja Hohl sicher getan hätte, die Angabe der K. K,, sie hätte auf dem Wege zum Abort das Kind stehend geboren, als Lüge bezeichnen wollten. Andererseits aber dürfen wir in Fällen, die, wie der unserige, mit dem Tode des Kindes ausgehen, nicht ohne weiteres alles, was als möglich erwiesen ist, auch als Tatsache annehmen, sondern wir müssen in den einzelnen Fällen auch eine Erklärung für die Möglichkeit suchen.

Dazu gehört in erster Linie die Frage nach der Ursache von Sturzgeburten.

Früher hat man angenommen, dass präzipitierte Geburten durch ungewöhnlich hohe Erregbarkeit der sensiblen

Nerven des Uterus oder der Muskelfasern bei reizbaren Individuen oder entzündliche Zustände des Organs, ferner durch ein starkes Überwiegen der Muskulatur des Corpus im Vergleich zu der des Collum entstehen. Dass solche Faktoren geeignet sind, den Verlauf einer Geburt zu beschleunigen, ist nicht von der Hand zu weisen. Wenn wir indessen bedenken, dass die Geburten, die wir als Sturzgeburten bezeichnen, durchaus nicht alle in der gleichen Weise verlaufen, so können wir wohl auch keine einheitliche Ursache für den präzipitierten Verlauf einer Geburt annehmen. Alle Faktoren, von denen schon normalerweise die Schnelligkeit einer Geburt abhängig ist, also die austreibenden Kräfte und die Widerstände, die ihnen sowohl die mütterlichen Geburtswege wie die Fruchtteile entgegensetzen, können Veränderungen aufweisen, die an dem präzipitierten Verlauf einer Geburt mitzuwirken imstande sind. v. Winckel hat bei 216 Fällen von Sturzgeburt einen Prozentsatz von 1,7, Hugenberger bei 73 Fällen 0,9%, Krassowski bei 20 Fällen 1%, Mathaei bei 10 Fällen 0,9% und Koch bei 37 Fällen 0,98% festgestellt. Aus diesen Beobachtungen hat nun v. Winckel den Schluss gezogen, dass eine derartige Übereinstimmung der Prozentsätze keine zufällige sein kann, sondern dass, unabhängig von Zeit und Ort, eine gewisse Gesetzmässigkeit im Vorkommen von präzipitierten Geburten anzunehmen sei. Von diesem Gesichtspunkte aus hat er die Ätiologie der Sturzgeburten zu ergründen gesucht. Er hat acht Momente, wiederholte Geburt, schon erfolgte präzipitierte Geburten, Erkrankungen der Kreissenden (Fieber, Bronchitis, Herzkrankheiten, Lues, Alkoholismus), Kleinheit und Maceration der Frucht, abnorme Kürze der Nabelschnur, im Gehen und Stehen erfolgter Blasensprung, kräftige Wehen und abnorm kurze Geburtsdauer als Prädispositionen der Sturzgeburt ermittelt und ein Zusammentreffen mehrerer

solcher dispositioneller Momente als Ursache der präzipitierten Geburten angenommen.

Es fragt sich nun, welche Momente bei der K. K. als Ursache der Sturzgeburt anzunehmen sind. Da kommt zunächst der Umstand in Betracht, dass die K. K. Zweitgebärende ist. v. Winckel hat nachgewiesen, dass, während bei den normalen Geburten die Primiparae weit überwiegen, bei den präzipitierten Geburten die II parae beträchtlich in der Mehrzahl sind. Das erklärt sich wohl daraus, dass bei Zweitgebärenden die mütterlichen Weichteile eine grössere Nachgiebigkeit und Dehnungsfähigkeit besitzen. Während bei Erstgebärenden der vorangehende Teil wegen der ganz allmählichen Dehnung der Ausgangswege nur langsam vorwärts rückt, findet er bei Zweit- und Mehrgebärenden die Passage schon mehr erweitert und gleitet schneller durch. Es ist also auch die Geburtsdauer kürzer und in der Erinnerung an die lange Dauer der ersten Geburt glauben sie, die zweite nehme auch so viel Zeit in Anspruch und versäumen es so, rechtzeitig eine Klinik oder einen anderen für die Geburt geeigneten Ort aufzusuchen. Eine genügende Aufklärung für die Tatsache, dass gerade die II parae sich hauptsächlich an den präzipitierten Geburten beteiligen, ist das allerdings nicht.

Als zweites ursächliches Moment für die Sturzgeburt der K. K. möchte ich den im Stehen erfolgten Blasensprung anführen, ein Umstand, den wir nach v. Winckel für eine grosse Anzahl von Sturzgeburten als eigentliches occasionelles Moment anzusehen haben. Die Haltungen, in denen die Gebärenden bei Sturzgeburten am häufigsten niederkommen, die stehende, sitzende und kauernde, haben das Gemeinsame, dass wegen der mehr aufrechten Körperhaltung das Fruchtwasser reichlicher abfliesst. Dadurch kommen die kindlichen Teile in innigere Berührung mit der Uteruswand und lösen reflektorisch kräftige Wehen aus, die noch verstärkt werden

durch heftigere Bewegungen, welche die Kreissenden häufig in ihrer Aufregung machen. In Bezug hierauf sagt Eisenbart: „Es muss angenommen werden, dass durch vorzeitiges Springen der Fruchtblase, infolgedessen der kindliche Kopf allein die Eröffnung und Erweiterung der Geburtswege bewerkstelligen muss, durch Druck auf den unteren Gebärmutterabschnitt Schmerzen erzeugt und reflektorisch kräftige Wehen ausgelöst werden, welche zu einer raschen Beendigung der Geburt führen.“ Dabei kann eine einzige, in der eben angeführten Weise ausgelöste, ausserordentlich heftige Wehe genügen, um die Frucht auszustossen und in der Mehrzahl der Fälle erfolgt auch die Geburt des Kindes unmittelbar nach der Ruptur der Blase, manchmal so plötzlich, dass die Gebärenden den Blasensprung, das Abfliessen des Fruchtwassers und die Geburt des Kindes zeitlich nicht voneinander trennen können, wie es eben auch bei der K. K. der Fall war.

Noch ein drittes prädispositionelles Moment für den präzipitierten Verlauf der Geburt der K. K. finden wir in der abnormen Kürze der Geburtsdauer. Zwar kann auch bei präzipitierten Geburten die Geburtsdauer normal, ja sogar ungewöhnlich lang sein; vergleicht man jedoch die Aufzeichnungen verschiedener Autoren, wie v. Winckel, der für ungewöhnlich rasche Geburtsdauer einen Prozentsatz von 52,6 fand, Koch, der 74,3%, Moser, der 77,3% und Hellhacke, der 60,6% berechnete, so geht daraus hervor, dass der grössere Teil der Sturzgeburten abnorm rasch verlief.

In unserem Falle nun war die Geburtsdauer ganz besonders kurz. Die K. K. erwachte morgens um 6 Uhr, verspürte bald darauf ein schmerzhaftes Drängen im Unterleib, das sie für Stuhldrang hielt, das aber offenbar nichts anderes war als Wehen, und höchstens 15—20 Minuten später hatte sie ihr Kind geboren.

Zwar gibt es wohl auch Fälle, in denen die Dauer der

Geburt nicht genau ermittelt werden kann, weil eben eine Schwangere den Eintritt der Geburt häufig nicht bemerkt oder verkennt. So kann sie über die Zeit der Schwangerschaft im unklaren sein, und dann, wenn sie den Geburtstermin noch nicht für bevorstehend hält, von der Geburt überrascht werden. Ferner können die ersten Kontraktionen des Uterus schmerzlos sein und daher unbemerkt bleiben und es ist ein häufig beobachtetes Vorkommnis, dass Kreissende bei schon weit vorgeschrittener Geburt in die Klinik eintreten, wobei sie den Beginn der Geburt erst vor ganz kurzer Zeit bemerkt haben wollen. Schwarzschild berichtet in seiner Inaugural-Dissertation, dass eine Kreissende, die die Geburtsdauer auf 20 Minuten angab, ein Kind mit einer Kopfgeschwulst gebar; also bestanden hier doch schon länger Wehen, ohne dass sie bemerkt wurden.

Der Beginn der Geburt wird nicht selten auch dadurch verkannt, dass der Geburtsdrang für Stuhldrang gehalten wird. Es ist eine alltäglich zu machende Beobachtung, dass Kreissende gegen Ende der Schwangerschaft oder noch während der Geburt, wenn der kindliche Kopf auf den Mastdarm drückt und eine Erweiterung des Afters bewirkt, die Leibschüssel verlangen, weil sie Stuhldrang zu empfinden glauben. Diese Verwechslung der Drangwehen mit Stuhldrang spielt aber eine sehr wichtige Rolle in forensischer Beziehung und zwar in jenen Fällen von Kindsmord, in denen das Kind im Nachttopf ertränkt oder in den Abort geworfen wurde. Da ist es denn auch meist sehr schwer, zu entscheiden, ob eine absichtliche Tötung des Kindes oder ein unverschuldeter Unglücksfall vorliegt. Ist doch die Zahl der Fälle, in welchen sicher jede verbrecherische Absicht ausgeschlossen werden kann, gross genug, um die Möglichkeit einer vollständig unabsichtlichen Geburt des Kindes in den Nachttopf oder in den Abort zu beweisen.

II.

Für die Frage, ob der Mutter ein absichtliches oder fahrlässiges Verschulden an dem Tode des Kindes zur Last gelegt werden kann, ist vor allem der Befund am Kinde von ausschlaggebender Bedeutung.

Als die K. K. mit ihrem Kinde in die Klinik gebracht wurde, war letzteres vollkommen anämisch, die Haut fühlte sich ganz kalt an. Die Herztätigkeit war sehr schwach, aber noch nicht ganz erloschen. Das Kind wurde in ein warmes Bad gebracht und die künstliche Atmung versucht, doch schon nach kurzer Zeit hörte die Herztätigkeit vollständig auf. Das Kind war gut entwickelt, ausgetragen und hatte ein Gewicht von 3480 g.

Die Sektion ergab ausser einem kleinen, unbedeutenden, subduralen Hämatom unter dem rechten Scheitelbein und einem leichten, subkutanen Bluterguss über dem rechten Scheitelbein nicht den geringsten Anhaltspunkt für eine gewaltsame Todesursache durch irgend welche Verletzung. Dagegen fanden wir hochgradige Anämie sämtlicher Organe und da anderweitige Quellen einer tödlichen Blutung an der Leiche nicht gefunden werden konnten, so muss die Verblutung aus der nicht unterbundenen Nabelschnur als Todesursache angenommen werden.

Dass jemals Kindsmord dadurch verübt worden wäre, dass die Mutter absichtlich die Nabelschnur nicht unterbunden hätte, ist weder bekannt geworden noch auch wahrscheinlich und es würde der subjektive Tatbestand auch nie anders als durch das Geständnis festgestellt werden können, ja es wäre sogar die Fahrlässigkeit schwer nachzuweisen, weil nicht bloss bei Erstgebärenden, sondern auch bei Mehrgebärenden nicht angenommen werden darf, dass sie von der Notwendigkeit der Unterbindung der Nabelschnur etwas gewusst haben mussten.

Wenn nun auch bei der K. K. die Wahrscheinlichkeit, dass sie die Nabelschnur absichtlich nicht unterbunden hätte, gering ist, ein gewisses Odium klebt in den Fällen, die mit dem Tode des Kindes endigen, doch der betreffenden Mutter an. Und wenn es sich erst gar, wie in unserem Falle, um ein armes, unehelich geschwängertes Dienstmädchen handelt, das überdies schon für ein lebendes Kind zu sorgen hat, so lässt sich eine gewisse Gleichgültigkeit gegen das Wohl des vielleicht unerwünschten Kindes, eine Fahrlässigkeit, doch nicht mit aller Sicherheit ausschliessen.

Die K. K. gibt an, dass bei ihrer Sturzgeburt die Nabelschnur ohne ihr Zutun, aber auch ohne dass sie es verhindern konnte, abgerissen sei. Deshalb will ich nun auf die Frage eingehen, ob eine spontane Zerreissung der Nabelschnur bei einer Sturzgeburt vorkommen kann.

In älterer Zeit wurde diese Frage überhaupt verneint, indem man die Widerstandsfähigkeit der Nabelschnur überschätzte und glaubte, es gehöre eine viel zu grosse Kraft dazu, wie sie eben bei der Geburt nicht vorkäme. Die Lehre von der Zweckmässigkeit aller Einrichtungen in der Natur mag die Quelle dieser Anschauung gewesen sein. Man hielt es für selbstverständlich, dass der Strang, durch den die Natur Mutter und Kind miteinander verbunden hat, auch stark genug sein muss, allen Einwirkungen des Gebäraktes genügenden Widerstand zu leisten und nötigenfalls das Kind selbst zu tragen. Später erwies sich diese Ansicht jedoch als falsch; denn die Zahl der sicher beobachteten Fälle, wo die Nabelschnur bei der Geburt spontan zerrissen wurde, wurde immer grösser und schliesslich ging man daran, durch Versuche die Grösse der zur Zerreissung der Nabelschnur erforderlichen Kraft zu ermitteln.

Die ersten Untersuchungen über die Festigkeit der Nabelschnur und über die Möglichkeit, sie zu zerreissen, wurden

veranlasst durch einen forensischen Fall, als es sich um die Frage handelte, ob die um den Hals des Kindes geschlungene Nabelschnur Festigkeit genug besitze, ohne Zutun der Mutter durch Strangulation den Tod des Neugeborenen herbeizuführen. In diesem Gerichtsfalle war Negrier in Augers Sachverständiger, der nun durch Experimente die Festigkeit der Nabelschnur zu bestimmen suchte. Er belastete den um eine Rolle gewundenen Nabelstrang mit immer grösseren Gewichten, bis die Zerreissung erfolgte. Das Ergebnis war, dass bei varikösen Strängen im Mittel 3000 g, bei nicht varikösen 5250 g erforderlich waren. Die Versuche, die später von Chiari, Braun und Späth in Wien gemacht wurden, lieferten noch grössere Zahlen. Sie hingen möglichst frische Nabelschnüre ausgetragener Kinder auf und belasteten sie mit immer höheren Gewichten, bis die Zerreissung erfolgte. Der Durchschnitt der äussersten Tragfähigkeit ergab ein Gewicht von 6116 g. Ein ähnliches Resultat erzielte der Engländer Neville, der eine mittlere Tragfähigkeit von 6250 g fand.

Allerdings ergaben alle die älteren Versuche nur die Festigkeit der Nabelschnur bei allmählicher, langsamer Dehnung und können daher für die Zerreissung bei Sturzgeburten, wo es sich doch um einen plötzlichen Ruck handelt, nicht massgebend sein. Wir müssen also jene Versuche beachten, bei denen die Nabelschnur durch ein herabfallendes Gewicht plötzlich ruckweise angespannt wurde; denn nur diese entsprechen dem natürlichen Vorgang bei der Sturzgeburt.

Born nahm drei seiner Ansicht nach ganz feste Nabelstränge und trennte sie durchschnittlich mit einem Gewicht von sechs Pfund bei acht bis zehn Zoll Fallhöhe. Strowitzki hat mit 25 Nabelschnüren Versuche angestellt: die Gewichte schwankten zwischen zwei und zehn Pfund und

die Fallhöhe zwischen 29 und 64 cm. Pfannkuch fand, dass sowohl bei einer Fallhöhe, die der ganzen, als auch bei einer solchen, die der halben Länge der Nabelschnur entspricht, diese manchmal schon beim fallenden Gewicht von 500 g, zuweilen aber erst bei 1000 g zerriss. Pfannkuchs Experimente wurden noch erhärtet durch Hofmann, der ebenfalls konstatierte, dass die Nabelschnur nur ausnahmsweise das fallende Gewicht eines Kilogramms auszuhalten vermag. Auch v. Winckel hat durch seinen Assistenten Asthon die Versuche Pfannkuchs nachmachen lassen: von 25 Nabelschnüren rissen bei 40 cm Fallhöhe und 500 g Belastung nur neun vollständig durch, die übrigen rissen erst bei wiederholten Versuchen und steigender Belastung bis 1000 g.

Simon wendet nun gegen alle derartigen Versuche ein, dass aus der Resistenzkraft der toten Nabelschnur doch kein Schluss auf die der lebenden gezogen werden könne. v. Winckel aber hat diesen Einwand widerlegt, indem er durch Versuche an ganz frischen Nabelschnüren zeigte, dass diese in Hinsicht auf Art und Ort des Risses ganz genau dasselbe Verhalten zeigten, wie die bei der Sturzgeburt durchrissenen lebenden Nabelschnüre.

Stowe suchte der Ansicht Limans dadurch gerecht zu werden, dass er bei seinen Versuchen die Gefässe der Nabelschnur mit physiologischer Kochsalzlösung füllte und seine Ergebnisse unterscheiden sich nicht von denen anderer Experimentatoren.

Durch eine Reihe der verschiedensten Versuche ist längst erwiesen, dass die Widerstandsfähigkeit lebender Organe eine bedeutend geringere ist als die toter. Wenn nun schon bei toten Nabelschnüren ein so geringes Fallgewicht bei so niedriger Fallhöhe zur Zerreissung ausreichend ist, um wie viel eher wird dann eine lebende Nabelschnur durch die Last

eines ausgetragenen Kindes zerreissen, zumal wenn eine Sturzgeburt in ganz oder nahezu aufrechter Körperstellung erfolgte. Es muss dabei aber auch noch jene Kraft in Anrechnung gebracht werden, welche durch die Bauchpresse und die heftigen Uteruskontraktionen bei der Ausstossung des Kindes erzeugt wird. Diese Kraft muss doch manchmal recht bedeutend sein und die Vehemenz der Austreibung beträchtlich steigern, wenn man bedenkt, dass sie bei präzipitierten Geburten, die in liegender Stellung auf dem Bette erfolgten, für sich allein imstande ist, das Kind mit aller Wucht und manchmal auf verhältnismässig weite Entfernung aus den Genitalien herauszuschleudern. Es sind Fälle bekannt, wo das Kind soweit und so heftig hervorschoss, dass die Nabelschnur straff gespannt und zerrissen wurde. Chiari, Braun und Späth berichten von einem Kinde, das durch eine Treibwehe $1^1/_2$ Fuss weit vor die Genitalien geschleudert wurde, wobei dann der Nabelstrang in der Mitte entzwei riss. Auch Budin und Maygrier sahen je zweimal auf dem Kreissebette die Nabelschnur bersten, als das Kind durch starke Wehen und energisches Mitpressen plötzlich ausgestossen wurde.

Wir können also mit Recht sagen, dass in der Regel das Gewicht des frei fallenden, reifen Kindes in Verbindung mit den austreibenden Kräften ausreichend ist, um eine Zerreissung der Nabelschnur zu bewirken und zwar nicht nur auf Grund der oben angeführten Versuche, sondern die Richtigkeit dieser Behauptung sehen wir auch bestätigt durch eine grosse Zahl einwandfreier, über alle Zweifel erhabener Fälle, die bei verheirateten Frauen und auch sonst bei unehelich Geschwängerten von sachverständigen Personen beobachtet wurden. Bei Klein finden wir, dass unter 245 Sturzgeburten 134mal die Nabelschnur spontan abriss. Cohen van Baren berichtet von 50 heimlichen Geburten in ungewöhnlicher Stellung,

unter denen 25 mal die Nabelschnur durchriss. Von den neueren Forschern hat v. Winckel unter 216 präzipitierten Geburten 42 mal und Koch unter 37 Sturzgeburten sechsmal Ruptur des Nabelstrangs beobachtet.

Wenn nun auch die Versuche und die klinischen Erfahrungen zeigen, dass oft eine unbedeutende Kraft genügte, um die Zerreissung der Nabelschnur zu bewirken, so sind doch auch Fälle bekannt geworden, in denen das kindliche Gewicht trotz bedeutender Fallhöhe nicht ausreichte, die Schnur zu zerreissen. So berichtet Cohen van Baren einen Fall, bei dem das im Stehen herausgestürzte Kind an der Nabelschnur hängen blieb. v. Winckel machte diese Beobachtung sogar zweimal: die eine Kreissende gebar im Stehen, die andere im Sitzen in der Droschke; beim Aussteigen hingen die Kinder an der unverletzten Nabelschnur. Doch durch diese ganz seltenen Fälle kann die Möglichkeit einer spontanen Nabelschnurzerreissung keineswegs in Zweifel gezogen werden.

Bei der K. K. nun, die ja auch behauptet, dass die Nabelschnur bei ihr von selbst abgerissen sei, möchte ich aus verschiedenen Gründen nicht an der Wahrheit ihrer Angabe zweifeln. Die Geburt erfolgte sofort nach dem Blasensprung, ein Umstand, den ich deswegen betone, weil v. Winckel den Befund erhoben hat, dass die Mehrzahl seiner Fälle von Nabelschnurzerreissung bei Geburten vorkamen, die fast unmittelbar dem Blasensprung folgten.

Das Gewicht des Kindes der K. K. ist bedeutend grösser als jene mittleren Gewichte, welche nach den Ergebnissen der Experimente von Pfannkuch, von v. Winckel und anderen zur Zerreissung der Nabelschnur notwendig sind. Ausserdem ist die Entfernung von den äusseren Genitalien der K. K. bis zum Boden grösser als die Länge der Nabelschnur und die Fallhöhe wurde nicht etwa durch rasches

Bücken vermindert, denn die Kreissende war völlig aufrecht stehen geblieben, so dass also die Nabelschnur zweifellos durch einen plötzlichen heftigen Ruck zum Zerreissen gebracht wurde.

Wenn man überdies noch bedenkt, dass die K. K. nichts als das Hemd und einen leichten Unterrock trug, so kann auch die Fallgeschwindigkeit nicht beeinträchtigt worden sein; mithin konnte also das volle Gewicht des hervorstürzenden Kindes auf die Nabelschnur wirken.

Für die Entscheidung der weiteren Frage, ob eine spontane Zerreissung der Nabelschnur oder eine absichtliche Durchtrennung derselben vorliegt, ist vor allem die genaue Untersuchung der Nabelschnur notwendig. v. Winckel empfiehlt zu diesem Zwecke die Untersuchung der durchrissenen Nabelschnur auf ihre Resistenzfähigkeit durch Belastungsversuche. Doch dürfte aus dem Ergebnis dieser Untersuchung kein absolut sicherer Schluss auf die wirkliche Festigkeit der Nabelschnur gezogen werden, da der schon einmal durchrissene Nabelstrang wegen der erfolgten Dehnung kaum mehr die ursprüngliche Resistenz erkennen lässt. Wir beschränken uns daher auf genaue Untersuchung der Durchtrennungsstelle und achten auch insbesondere auf anderweitige Verletzungen der Nabelschnur und auf etwaige Finger- und Nägeleindrücke.

Die Beschaffenheit der Risstelle lässt in der Regel leicht erkennen, ob eine Nabelschnur abgeschnitten oder abgerissen ist. Bei der in einem Zuge durchschnittenen Nabelschnur zeigt nicht bloss die Amnionscheide scharfe Trennungsränder, sondern es lässt sich auch konstatieren, dass die übrigen Bestandteile des Nabelstranges in einer Ebene durchtrennt worden sind, die allerdings nicht immer senkrecht, sondern auch schief zur Längsachse der Nabelschnur stehen kann. Es kommen aber auch Fälle vor, wo der Strang nicht in

einem Zuge durchtrennt ist, sondern wo mehrmals zugeschnitten wird. Da natürlich bildet die Trennungsfläche nicht eine Ebene, aber es sind in der Scheide mehrere Einschnitte so deutlich zu bemerken, dass sie nicht leicht verkannt werden können. Hofmann konnte in einem Falle fünf solche scharfrandige und parallele Einschnitte konstatieren.

Bei einer durchrissenen Nabelschnur zeigt die Amnionscheide fetzige, meist schräge Ränder; die ausgezogenen Arterien ragen oft aus der Wunde heraus. Mitunter, wenn auch selten, erfolgt der Riss quer, aber auch dann finden wir fetzige Ränder und unebene Trennungsflächen. Es ist also der Unterschied zwischen einer durchschnittenen und einer durchrissenen Nabelschnur in der Mehrzahl der Fälle leicht zu erkennen. Dagegen ist es viel schwieriger, zu sagen, ob ein Nabelstrang spontan oder absichtlich mit den Händen abgerissen worden ist.

Die Zerreissung des Nabelstranges mit den Händen erfordert zwar an der Leiche immerhin einige Anstrengung, während das Zerreissen einer lebenden, turgeszierenden Nabelschnur zweifellos ungleich leichter gelingen muss, um so mehr, als die Hand der Mutter am Körper des Kindes eine Stütze findet. In solchen Fällen reisst der Strang, ebenso wie es bei der spontanen Durchtrennung bei Sturzgeburten fast immer zutrifft, in der Regel nahe am Nabel oder doch mindestens im fötalen Drittel durch. Wird aber die Nabelschnur in der Weise durchrissen, dass sie mit beiden Händen gefasst wird, so erfolgt der Riss sicher bedeutend weiter vom Nabel entfernt, weil ja ein genügend langes Stück des Stranges zum Anfassen nötig ist. Ausserdem bemerkt man in solchen Fällen gewöhnlich an den Angriffspunkten blutleere, leicht gequetschte Finger- oder Nägelabdrücke zeigende Stellen, an denen die äusserste Umhüllung abgestreift ist und dann ist hier die Nabelschnur nur an einer Stelle, nämlich der Trennungs-

stelle, zerrissen, während sie nach den Beobachtungen von v. Winckel, Koch, Schwarzschild und anderen gerade bei Sturzgeburten an mehreren Stellen zerreisst oder wenigstens einreisst. Pascal sieht diese mehrfache Verletzung geradezu als direkten Beweis dafür an, dass die Zerreissung spontan erfolgte.

Bei der Sturzgeburt der K. K. zeigte die Nabelschnur an der Durchtrennungsstelle zerfetzte Ränder, die Trennungsfläche selbst war durchaus uneben; es kann also ein Durchschneiden des Stranges nicht leicht in Frage kommen. Auch ein absichtliches Durchreissen mit beiden Händen erscheint zum mindesten höchst unwahrscheinlich, weil der Riss nur 7 cm vom Nabel entfernt ist und ein so kurzes Stück sicher nicht gut mit der Hand zu fassen ist und ausserdem finden sich nahe an der Nabelinsertion mehrere Einrisse in der Amnionscheide, die doch auch dafür sprechen, dass der fötale Teil der Nabelschnur nicht mit der Hand gefasst worden war. Von Finger- oder Nägelabdrücken war weder am fötalen noch am plazentaren Nabelstrangrest eine Spur zu entdecken.

Es käme nun nur noch die Möglichkeit in Betracht, dass die Nabelschnur dadurch zum Zerreissen gebracht wurde, dass die Mutter mit der einen Hand sich am Leib des Kindes stützte, während die andere Hand den plazentaren Teil des Stranges fasste. Diese Möglichkeit ist zwar nicht mit Sicherheit auszuschliessen, wenn man aber bedenkt, dass bei der K. K. alle Faktoren gegeben sind, die eine spontane Zerreissung der Nabelschnur begünstigen, dass auch der Befund an der Nabelschnur, besonders die erwähnte mehrfache Verletzung, ebenfalls für spontane Durchtrennung spricht, so wird man wohl kaum hier an eine absichtliche Zerreissung der Nabelschnur denken.

Ja, hätte man z. B. das Kind aus einer Abortgrube hervorgezogen, und die K. K. hätte angegeben, sie sei in der

Meinung, ihre Notdurft zu verrichten, auf den Abort gegangen, dort von der Geburt überrascht worden und das Kind sei, nachdem die Nabelschnur abgerissen, in den Abort gestürzt, dann läge allerdings nichts näher als die Vermutung, dass die von der Geburt Überraschte die Nabelschnur absichtlich abgerissen und dann das Kind in den Abort geworfen habe, während obige Erzählung von ihr als Ausflucht gebraucht werden sollte. Schwer jedoch dürfte es fallen, anzunehmen, die K. K. hätte die Nabelschnur absichtlich durchtrennt, um dann durch Unterlassung der Unterbindung eine Verblutung des Kindes herbeizuführen. Denn abgesehen davon, dass der Tod eines Neugeborenen durch Verblutung aus der nicht unterbundenen Nabelschnur ein äusserst seltenes Vorkommnis ist, ist es doch sehr unwahrscheinlich, dass ein gewöhnliches, ungebildetes Küchenmädchen gerade die allerseltenste und noch dazu so ganz unzuverlässige Art, ihr Kind zu töten, gewählt haben sollte.

Schon am Anfang des zweiten Teiles meiner Abhandlung habe ich angeführt, dass die Sektion des Kindes der K. K. als Todesursache zweifellos Verblutung aus der Nabelschnur ergeben hat. Diese Feststellung ist wohl auch für die gerichtliche Beurteilung des Falles wichtiger als die Frage, ob eine Verblutung aus dem Nabelstrang möglich ist oder nicht Gleichwohl möchte ich auf diese schon in früherer Zeit viel diskutierte Frage etwas näher eingehen.

Wenn wir die Vorgänge im Haushalt der Natur betrachten, so finden wir, dass z. B. bei den Säugetieren das Abreissen der Nabelschnur mit einer geringen Blutung verbunden ist, dass diese aber nie so bedeutend ist, dass sie bedrohlich oder gar lebensgefährlich werden könnte. Wichtig für diese Frage sind dann auch die Beobachtungen, die bei den Naturvölkern bei der Abnabelung gemacht wurden. Die einen durchtrennen die Nabelschnur vor der Ausstossung der

Placenta, andere warten dieses ab und befreien dann den Neugebornen von der Nachgeburt. Einige nehmen stumpfe Instrumente, wie Muscheln, Stein- oder Bambusmesser und durchtrennen damit die Nabelschnur, andere zerquetschen sie zwischen Steinen oder beissen sie mit den Zähnen durch. Dass aber die durchtrennte Nabelschnur unterbunden wird, das hat man bei den wenigsten Naturvölkern gesehen. Bedenken wir ausser diesen Naturzuständen noch, dass bei heimlichen Geburten die Nabelschnur in der Regel sofort durchtrennt und fast niemals unterbunden wird, dass aber dennoch nur ganz ausnahmsweise Kinder durch Verblutung aus der nicht unterbundenen Nabelschnur zu Grunde gehen, so müssen wir wohl annehmen, dass wie bei den Säugetieren so auch bei den Menschen durch allgemeine physiologische Gründe die Blutung aus der durchtrennten Nabelschnur verhindert wird. Und in der Tat treten auch kurze Zeit nach der Geburt zwei Faktoren auf, die dies bewirken. Dass die Nabelvene am fötalen Ende nicht mehr bluten kann, ist selbstverständlich, da durch die Durchtrennung ihre Bezugsquelle von der Placenta abgeschnitten ist. Den Nabelarterien aber, die vom Herzen des Kindes aus gespeist werden, wird die Blutzufuhr dadurch entzogen, dass durch die eintretende Lungenatmung der kleine Kreislauf in Tätigkeit tritt. Dadurch wird eine grosse Menge Blut in die Lunge geworfen, der Blutdruck in der Bauchaorta sinkt beträchtlich und das macht sich besonders in den peripheren Enden, also auch an den Nabelschnurarterien sofort geltend. Hiebei kommt noch in Betracht, dass der linke Ventrikel, der erst nach der Geburt hypertrophiert, noch verhältnismässig schwach ist, so dass auch andere Gefässe, selbst die Carotiden, bei der Durchschneidung kurz nach der Geburt nicht in starkem Strahle spritzen, sondern das Blut mehr sprudelnd entleeren.

Der zweite Faktor, der für gewöhnlich die Blutung aus

der durchtrennten Nabelschnur verhindert, ist, wie Hofmann und Strawinski annehmen, in der lebhaften Kontraktion der Nabelarterien zu suchen, deren mächtige Längs- und Quermuskelschichte bei geringer Entwicklung der elastischen Fasern sie besonders befähigt, sich sowohl zu verengern als auch ein zentripetales Verkürzungsbestreben zu äussern. Ausserdem scheint eine grössere Reizbarkeit dieser Gefässe zu bestehen, welche bewirkt, dass schon der Kontakt mit der äusseren Luft, vielleicht auch der mechanische Reiz bei der Durchtrennung lebhafte und dauernde Kontraktion auslöst.

Wie nun trotzdem in einzelnen Fällen eine Verblutung aus der nicht unterbundenen Nabelschnur erfolgen kann, das lässt sich nicht immer mit Sicherheit feststellen. Ist die Gefässmuskulatur schlaff, so wird die Kontraktion in den Nabelarterien schwach sein, und ihre Verengerung, welche die Blutung sistieren soll, bleibt aus.

Eine behinderte oder unvollkommene Respiration begünstigt jedenfalls den Eintritt einer Nabelschnurblutung, weil eben der kleine Kreislauf sich nicht vollkommen entfaltet und der Blutdruck im Aortensystem nicht sinkt, sondern wie bei jeder Erstickung steigt. Bandelocque hat durch Unterdrückung des Atemholens beim Neugebornen willkürlich einen Blutfluss aus der Nabelschnur hervorgebracht, der sogleich, als die Atmung wieder in Gang kam, von selber wieder aufhörte. Daraus geht aber deutlich hervor, dass durch Verhinderung der Atmung eine Blutung aus der nicht unterbundenen Nabelschnur erfolgen kann. Heute sind die Geburtshelfer sowohl als auch die Gerichtsärzte darüber einig, dass eine Verblutung Neugeborner aus der Nabelschnur zweifellos erfolgen kann, dass sie aber tatsächlich nur äusserst selten erfolgt.

Warum nun bei dem Kinde K. K. die Blutung aus dem Nabelstrang nicht sistierte, kann wohl nicht mit Bestimmt-

heit angegeben werden. Wenn wir indessen bedenken, dass das Kind, das gleichzeitig mit Fruchtwasser und Blut hervorstürzte, doch sehr leicht bei den ersten Atmungsversuchen Flüssigkeit aspirieren konnte, das ausserdem niemand Mund und Nase von dem Schleim befreite, so ist es doch sehr naheliegend, dass die Atmung in hohem Grade behindert war und das dürfte denn auch die wahrscheinlichste Ursache der Blutung gewesen sein.

Am Schlusse meiner Betrachtungen will ich noch einer Frage gedenken, die in forensischer Hinsicht von grösster Bedeutung ist. Sehr häufig begegnet man bei den des Kindsmordes Angeklagten der Angabe, dass sie im Momente der Geburt oder kurz nach der Entbindung von einer Ohnmacht befallen wurden und deshalb nicht imstande waren, dem Kinde die nötige Hilfe zu leisten, so dass dieses ohne ihr Verschulden gestorben sei. Man muss sich natürlich solchen Aussagen gegenüber immer reserviert verhalten, da sie in manchen Fällen nur eine leere Ausflucht sind. Viele Richter und Gerichtsärzte haben denn auch die Ohnmacht als landläufige Ausrede betrachtet und manche wollten auch deshalb nicht recht an eine Ohnmacht glauben, weil sie vielfach von den Angeschuldigten erst bei späteren Vernehmungen angeführt wurden. Andere hinwiederum haben auf Grund der Tatsache, dass in den Entbindungsanstalten so gut wie niemals Ohnmachtszustände während der Geburt, besonders vor oder während der Austreibungsperiode beobachtet wurden, die Möglichkeit einer Ohnmacht während des Geburtsvorganges bezweifelt. Heutzutage kann die Möglichkeit nicht mehr bestritten werden. M. Freyer gebührt das Verdienst, jeden Zweifel in dieser Hinsicht beseitigt zu haben. Er hat nachgewiesen, dass die Zahl der des Kindsmordes Angeklagten, die eine Ohnmacht geltend machten, keineswegs so gross ist, dass man das Vorbringen einer Ohnmacht als landläufige

Ausrede anzusehen hat; denn unter 165 Straffällen wurde nur 21mal die Ohnmacht angegeben und aufrecht erhalten. Ausserdem hat er gezeigt, dass unter 134 Fällen 111ma als in 83%, die Ohnmacht schon bei der ersten Vernehmung vorgebracht wurde. Damit ist nun allerdings nicht bewiesen, dass tatsächlich Ohnmachten bei Geburten vorkommen. Freyer jedoch hat dafür den einwandfreien Beweis erbracht, indem es ihm nicht nur gelang, in der Literatur drei unantastbare, von Mende, Schmitt und Wildberg mitgeteilte Beispiele nachzuweisen, sondern er hat auch bei streng kritischer Durchsicht einer grossen Anzahl von seit 1879 vorgekommenen, Kindsmord betreffenden Kriminalfällen fünf eruiert, in welchen die Angeklagten zur Zeit des Geburtsaktes von Zeugen im ohnmächtigen Zustand angetroffen wurden. Weiterhin führt er zehn Fälle an, in welchen die Angeschuldigten das Vorhandengewesensein einer Ohnmacht aufrecht erhielten, obgleich sie die Mordtat eingestanden. Gerade in diesen Fällen hält er die Angaben der Angeklagten für durchaus glaubwürdig, weil doch, nachdem sie einmal die Tat eingestanden, das Vorschützen einer Ohnmacht ganz zwecklos gewesen wäre. Endlich möchte ich noch einen von Freyer mitgeteilten Fall anführen, der von Kamnitzer direkt beobachtet wurde und in erster Linie geeignet war, die Frage nach der Möglichkeit einer Ohnmacht bei Geburten einwandfrei in bejahendem Sinne zu lösen: Die Gebärende, die nach ihrem Benehmen die Geburt offenbar verheimlichen wollte, fiel unter einem Schrei in Ohnmacht und wurde von dem sofort herbeigeeilten Arzte getroffen, wie sie vor dem Kinde, in einer grossen Blutlache kniend, eben bewusstlos nach vorn über das Kind niederfiel, das sie zweifellos erdrückt hätte, wenn sie nicht sofort aufgehoben worden wäre. Nach 15 Minuten erwachte sie aus der Ohnmacht.

Andere Geburten in der Ohnmacht wurden noch von

Kornfeld, Debus, Baley, Regina, Weindler und Kjelsberg direkt beobachtet.

In der älteren Literatur finden sich zwar auch Berichte über Geburten in ohnmächtigem Zustande, als einwandfreie Beweise jedoch können sie nicht gelten, weil dort die hysterischen und epileptischen Bewusstlosigkeitszustände, der akute Alkoholismus, der hypnotische Zustand, besonders das eklamptische und apoplektische Koma mit wirklicher Ohnmacht vielfach verwechselt wurden.

Die Zahl der direkt beobachteten Fälle ist also eine geringe, immhin aber ist sie gross genug, um jeden Zweifel über die Möglichkeit einer Ohnmacht bei der Geburt auszuschliessen.

Es erübrigt mir, nur noch einiges zur theoretischen Erklärung der Ohnmachten bei Geburten, namentlich bei Sturzgeburten zu sagen. Schwarzschild fand bei der Beobachtung der in der Anstalt präzipitiert Entbundenen und der bald nach der Sturzgeburt aufgenommenen Frauen, dass es eine verschwindende Minderzahl von Gebärenden ist, die auf ihr Kind Bedacht nimmt, also z. B. noch rasch eine zweckmässige Haltung einnimmt oder das Kind durch Auffangen vor dem Sturz bewahrt oder die Nabelschnur unterbindet. Nur dreimal wurde die Angabe gemacht, Parturiens legte sich noch schnell nieder, ein einziges Mal nabelte eine V. para selbst ab, zweimal wurde die Nabelschnur zwar durchschnitten, aber nicht unterbunden. Wie oft sehen wir, dass auf den Transport Entbundene in die Anstalt gebracht werden, deren Kinder von den mit Blut und Fruchtwasser durchtränkten Kleidern noch völlig bedeckt sind. Wir müssen es als das Gewöhnliche bezeichnen, dass die von der Geburt Überraschten für ihr Kind nicht sorgen können. Denn wenn wir schon bei den normal entbundenen Frauen sehen, wie sich nach beendeter Geburt meist eine solche Ermattung einstellt, dass

die Gebärenden selbst wohl nicht an ihr Kind denken, um wie viel eher muss dies bei den präzipitiert Entbundenen zu erwarten sein.

Was die psychische Verfassung der Gebärenden anbelangt, so spricht sich Dörfler darüber folgendermassen aus: Der Geisteszustand Gebärender ist physiologisch auf das ungünstigste beeinflusst durch vorausgehende Veränderungen der Psyche in der Schwangerschaft. Die Gemütsaufregung zu Anfang der Geburt, das Gefühl der Hilflosigkeit, die Steigerung des Blutdruckes während der Austreibungsperiode, die Ohnmachtsanwandlung zu Ende der Geburt, alle diese Momente können einen schädlichen Einfluss auf den Geisteszustand ausüben. Der Geisteszustand der Gebärenden stellt deshalb zu jederzeit einen mehr oder weniger hochgradigen Erregungszustand des Gehirns und seiner psychischen Tätigtigkeit dar. Die Zurechnungsfähigkeit ist jedoch meistens vorhanden, doch sind die geringsten Begünstigungsmomente, wie neuropathische Belastung, abnorm schmerzhafte Wehen, abnorme Widerstände, heimliche Geburt, vorausgegangene Gemütsdepressionen, besonders bei unehelich Gebärenden, imstande, das Gleichgewicht des Geisteszustandes zu zerstören. Bei den präzipitierten Geburten nun finden wir eine grosse Anzahl dieser Faktoren vereinigt.

Den Eintritt einer Ohnmacht bei übereilten Geburten haben einige Autoren, besonders v. Winckel in erster Linie auf den bei solchen Geburten häufig vorkommenden übermässigen Blutverlust zurückgeführt. Freyer hingegen beschuldigt vor allem die plötzliche Entleerung des Uterus, ganz besonders wenn die Geburt in aufrechter Stellung erfolgte, als die häufigere, eine schwere Blutung als die seltenere Ursache der Ohnmacht. Durch das plötzliche Austreten des Kindes wird die Leibeshöhle rasch entleert, die Blutgefässe des Abdomens, auf denen bis jetzt ein starker Druck gelastet

hat, und die infolgedessen auch etwas erschlafft sind, dehnen sich stark aus und füllen sich rasch mit Blut. Dieses wird, noch dazu begünstigt durch die aufrechte Körperstellung, die nicht bloss Freyer, sondern auch Bayer und Kiproff ganz besonders als zu Ohnmachten disponierend betonen, dem Gehirn entzogen, somit akute Gehirnanämie erzeugt, die eine Ohnmacht zur Folge hat. Noch viel eher wird diese natürlich eintreten, wenn ausser der plötzlichen Entleerung des Uterus auch noch eine direkt nach aussen erfolgende starke Blutung auftritt. Zu diesen mechanischen Ursachen kommen in der Regel noch reflektorisch wirkende Momente, wie der übergrosse Schmerz, die abnorme psychische Alteration.

Bei der Sturzgeburt der K. K. finden wir fast alle diese das Eintreten einer Ohnmacht begünstigenden Momente: Fast gleichzeitig mit dem Fruchtwasser stürzte das Kind hervor, so dass also das Abdomen nahezu augenblicklich entleert wurde. Die Geburt erfolgte vollständig in aufrechter Stellung und unter einem ausserordentlich heftigen Schmerz. Ausserdem ist es leicht verständlich, dass sie durch die plötzliche Überraschung und das Gefühl der Hilflosigkeit in hochgradige Erregung geriet, die den Eintritt der Ohnmacht doch sicher erheblich begünstigte. Überdies darf nicht vergessen werden, dass bei der K. K. auch eine neuropathische Veranlagung vorhanden ist, denn jene Bewusstlosigkeitszustände, verbunden mit Krämpfen, von denen ich in der Anamnese gesprochen habe, sind doch wohl als epileptische Erscheinungen aufzufassen. Es ist also nicht ausgeschlossen, dass es sich bei der Ohnmacht der K. K. um eine epileptische Bewusstseinsstörung gehandelt hat, die ja nach viel längeren Zeiträumen als hier wiederkehren können und mitunter auch ohne die typischen motorischen Reizerscheinungen, die allgemeinen Konvulsionen, verlaufen.

Weit wichtiger als diese theoretischen Erklärungen der

Ohnmacht wäre es natürlich, wenn durch Zeugen die Angabe der K. K. hinsichtlich ihrer Ohnmacht erhärtet werden könnte. Nun weiss aber nur eines von den auf den Hilferuf der K. K. herbeigeeilten Dienstmädchen anzugeben, sie meine, sich noch erinnern zu können, dass die K. K., die sie noch stehend vor ihrem am Boden liegenden Kinde vorfand, sagte, jetzt werde ihr schlecht, worauf sie sofort ins Bett geschafft wurde. Ob sie dabei bewusstlos gewesen, vermag weder sie noch eine der anderen herbeigekommenen Personen genauer anzugeben, weil sie in ihrer grossen Verwirrung und Aufregung nicht recht wussten, was sie zuerst tun sollten.

Zum Schlusse möchte ich noch kurz bemerken, dass die K. K. ihre Schwangerschaft niemand gegenüber zu verheimlichen suchte, dass sie auch bereits Sorge für ihre Aufnahme bei einer ihr bekannten Frau getragen, von der sie gerade an dem Tage erwartet wurde, an welchem die Sturzgeburt stattfand.

Ich möchte nun meine Ansicht dahin zum Ausdruck bringen, dass ich es nicht bloss für möglich, sondern für höchst wahrscheinlich halte, dass die Geburt des Kindes der K. K. in der Weise vor sich gegangen ist, wie sie von der K. K. geschildert wurde, zumal ich keinen Anhaltspunkt für die Annahme einer verbrecherischen Absicht finden könnte.

Ein fahrlässiges Verschulden an dem Tode des Kindes dürfte nach meinem Dafürhalten auch nicht vorliegen.

Literatur.

Dr. M. Stumpf: Gerichtliche Geburtshilfe: Gerichtsärztliche Bedeutung der Sturzgeburt.

Hofmann: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin: die Sturzgeburt.

Schwarzschild: Inaug.-Dissert.: Über präzipitierte Geburten und ihre Folgen.

Dr. Pfannkuch: Archiv für Gynäkologie, Band 7: Über die Zerreissung der Nabelschnur.

Koch: Arch. für Gynäkologie, Band 29: Über präzipitierte Geburten und Nabelschnurzerreissung.

Casper: Gerichtliche Medizin, II. Band, III. Kapitel: Spezifische Todesarten bei Neugeborenen.

Dr. H. Fritsch: Gerichtsärztliche Geburtshilfe: Tod des Kindes nach der Geburt.

Casper: Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin. Band 19: Gebären im Stehen von Dr. Klusemann.

Dr. M. Freyer: Die Ohnmacht bei der Geburt.

Joseph Bayer. Sammlung klinischer Vorträge Nr. 289: Über präzipitierte Geburten und ihre Folgen für die Wöchnerin.

— Sammlung klinischer Vorträge Nr. 265: Über Zerreissung des Nabelstranges und ihre Folgen für den Neugeborenen.

Dr. Pullmann: Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und Sanitätswesen, 3. Folge, I. Band: Ein Fall von Kindessturz.

Dr. Knepper: Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und Sanitätswesen, 3. Folge, XVIII. Band, Sturzgeburt bei einer 43jährigen I. para.

Lebenslauf.

Geboren am 18. Mai 1876, besuchte ich die sieben Klassen der Volksschule, trat dann in die zweite Klasse des Gymnasiums ein, das ich nach achtjährigem Besuche im Jahre 1897 absolvierte.

Vom Oktober 1897 bis Februar 1905 war ich mit Ausnahme einer dreisemestrigen Unterbrechung an der Kgl. Ludwig-Maximilians-Universität München immatrikuliert. Die Exmatrikel erhielt ich zum Zwecke der Ablegung des Staatsexamens, das ich am 13. März 1907 vollendete. Seither war ich als Vertreter tätig.

Hans Hauer.